

HAUSÄRZTLICHE BETREUUNG
UNHEILBARER PATIENTEN
IN DER LETZTEN PHASE IHRES LEBENS
DURCH DEN ALLGEMEINARZT

Dieter SCHODER

1900

Dissertations- und Fotodruck ANNELIESE SCHUBERT
Corneliusstraße 21 · 8000 München 5 · Telefon 268177

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. N. Zöllner

HAUSÄRZTLICHE BETREUUNG UNHEILBARER PATIENTEN
IN DER LETZTEN PHASE IHRES LEBENS DURCH DEN
ALLGEMEINARZT

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Dieter Schoder
aus Rain / Lech
München 1980

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: PD Dr. H. Pillau
Mitberichterstatter: Prof. Dr. N. Zöllner
Dekan: Prof. Dr. W. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung: 15.1.1980



Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
2.1 Beschreibung der Praxis	3
2.2 Beschreibung des benutzten Materials, Erhebungszeitraum und Methode	4
3. Eigene Untersuchung	7
3.1 Die Verstorbenen	7
3.1.1 Alters- und Geschlechtsverteilung	8
3.1.2 Anzahl, Familienstand, Todesort	9
3.1.3 Todesursache	10
3.1.4 Zusammenhänge	11
3.2 Die hausärztliche Betreuung	12
3.2.1 Belastung des Arztes	12
3.2.2 Möglichkeiten	17
3.2.3 Grenzen	19
3.3 Kommunikation des Hausarztes mit Anderen	22
3.3.1 Behandlungspartner	22
3.3.2 Formen der Zusammenarbeit	22
3.3.3 Die Kommunikation	24
3.3.4 Fremde Patienten	26
3.4 Kostenrechnung im Vergleich	27
4. Diskussion	30
5. Zusammenfassung	32
6. Literaturverzeichnis	34



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551902_0044

1. EINLEITUNG

Der sehr starke Wissenszuwachs der Medizin birgt den Zwang zur Spezialisierung in sich, denn nur der Fachmann scheint in der Lage, mit der an Umfang und Komplexität wachsenden Entwicklung Schritt halten zu können. Hieraus erwächst die Frage nach der Stellung der Allgemeinmedizin in der Zukunft.

SCHAEFER sieht sie nicht mehr auf dem Boden einer wissenschaftlichen Medizin klassischen Stils, sondern hauptsächlich in der Prävention und der Lebensführung des Patienten durch einen Arzt, der auch die metaphysischen Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen weiß (12).

LÜTHS Feststellung: "In der Zukunft wird der Arzt Sozialwissenschaftler sein oder gar nicht sein" zeigt in die gleiche Richtung (11).

Der Bestimmung des Aufgabengebiets der Allgemeinmedizin in der Zukunft muß aber eine Bestandsaufnahme der Gegenwart vorangehen. Diese Bestandsaufnahme soll die Grundlage bilden für notwendige Veränderungen, soll spezifische Methoden der Allgemeinmedizin bestätigen und die Belastungen, Möglichkeiten und Grenzen in der Allgemeinpraxis erkennen lassen.

Die Aufgabe dieser Arbeit war es einen definierten Sektor der allgemeinärztlichen Tätigkeit zu untersuchen: die Betreuung von Patienten eines Allgemein- arztes in der letzten Phase ihres Lebens.

Folgende Fragen waren dabei zu beantworten:

1. Wo stirbt heutzutage der Patient eines Allgemein- arztes und wovon hängt dies ab?
2. Welche Belastungen, Möglichkeiten und Grenzen birgt die hausärztliche Betreuung chronisch Kranker und Unheilbarer für den Allgemeinarzt?
3. Mit wem arbeitet der Allgemeinarzt bei dieser Aufgabe zusammen, worin besteht die Zusammenarbeit und wie gut funktioniert die Kommunikation?

2.1 BESCHREIBUNG DER PRAXIS

2.1 Lage der Praxis:

Die untersuchte Praxis liegt im südöstlichen Stadtbezirk von München, der mit einer Ärztedichte von 1196 Einwohnern je Kassenarzt weit unter dem Durchschnitt der Stadt München mit einer Ärztedichte von 669 besetzt ist. München ist mit 73 Krankenanstalten (14 736 Betten; Stand vom 31.12.73), 709 niedergelassenen Allgemein- und 1364 Fachärzten (Stand vom 1.1.75) ein medizinisch eher überversorgtes Gebiet.

2.1.2 Soziologische Daten zum Einzugsgebiet:

In den neueren Teilen des Stadtbezirks (Bevölkerungswachstum 1970-1973 um 10 %) stehen Beamte und Angestellte an erster Stelle (bei überdurchschnittlich vielen Selbständigen und freiberuflich Tätigen), während in den älteren Teilen 50 % der Erwerbstätigen Arbeiter sind. (Stand von 1973).

2.1.3 Die Praxis:

Die Praxis besteht seit 1. Juli 1968 und ist mit einem Arzt für Allgemeinmedizin (seit 2 Jahren mit Halbtags-Assistenten) besetzt. Die Krankenscheinzahl stieg von 1968 bis 1976 allmählich auf zur Zeit etwa 1300.

Diagnostisch-apparative Ausrüstung:

2 Photometer, Koagulometer, Mikroskop, EKG mit Herzschriftschreibung, Oszillographie, gynäkologischer Untersuchungstisch;

Therapeutisch-apparative Ausrüstung:

Reizstromgerät, Kurzwellengerät, Höhensonne, Extensionstisch, Inhalator;

2.2 BESCHREIBUNG DES BENUTZTEN MATERIALS, ERHEBUNGS- ZEITRAUM UND METHODE

Aus der Krankenkartei des Arztes wurden diejenigen Patienten erfaßt, von denen dem Arzt bekannt war, daß sie gestorben waren. Es handelte sich um 56 Patienten in der Zeit von 1.7.68 - 30.6.76. Mit Sicherheit wurden auf diese Weise nicht alle aus dem Klientel Verstorbenen erreicht (siehe 3.1.3 Anmerkung).

Die Daten für den auf die Problemstellung ausgerichteten Erhebungsbogen wurden gewonnen:

- a) aus einer weißen Karteikarte: Personalien, vom Arzt erhobene Befunde, Laborwerte, Medikation, Diagnosen
- b) aus einer roten Karteikarte: die ärztlichen Leistungen nach GOÄ (BMÄ) bzw. ADGO aufgeschlüsselt
- c) aus Arztbriefen von Krankenhäusern
- d) durch Befragen des Arztes.

Die Daten wurden für jeden Patienten auf einen Erhebungsbogen übertragen und nach folgenden Merkmalen ausgewertet:

- a) Alter, Geschlecht, Familienstand des Patienten;
Ort und Ursache des Todes

Anmerkung:

Von Interesse wären auch die Schulbildung, der Beruf, der soziale Status, die familiäre Situation, das soziale Verhalten; diese Informationen sind jedoch der Kartei und den Arztbriefen nicht zu entnehmen. Mögliche Aussagen aus der Erinnerung des Arztes dazu sind zu unsicher. Die Entscheidung dagegen, ob häusliche Pflege möglich ist, muß mit der Beurteilung der Hindernisse, wie der Wohnverhältnisse, der familiären Situation, der medizinischen Indikation einhergehen und gehört zu den täglichen Aufgaben des Arztes.

- b) Behandlungszeitraum, Dauer der Hausbesuchstätigkeit und der Krankenhausaufenthalte, Hausbesuche pro Patient, Hausbesuche pro Woche, Hausbesuche aufgeteilt nach der GOÄ (BMÄ) - Differenzierung, besondere Therapiemaßnahmen, Aufklärung des Patienten, Sterbehilfe
- c) Zeitspanne Krankenhausentlassung des Patienten - Diktat des Arztbriefes, Einweisungsgründe, Zusammenarbeit

Erläuterung zu dem folgenden Erhebungsbogen:

- A = aus der Karteikarte ersichtlich
- B = durch Aussage des Arztes vermittelt
- C = aus dem Arztbrief zu ersehen

HB/ Woche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
GOÄ 6	A																									
GOÄ 11	A																									
sonstige	A																									
Therapie	besondere Maßnahmen A																									
ab																										
Sekundär- erkrankung																										
Schmerzbe- kämpfung																										

Datum: **B**
 erster Hausbesuch **B**
 Todestag **A oder C**
 Diagnosestellung **C**
 KH-Aufenthalt **C**
 Arztbrief **C**

Alter: **A**
 Geschlecht: **♂**
 led., verh., verw., **♀ A**
 fremder Patient ☐ **B**
 Grund: **B**
 med. Indikation **B**

Häusl. Pflege nicht **B**
 möglich: **A**
 Wohnverhältnisse **B**
 fam. Situation **B**
 med. Indikation **B**

Gestorben: **B**
 zu Hause **HA** zugegen **ja**
 im KH ☐ **C oder B** **nein**
 sonstiges **B**

Arztbrief enthält:
 genauen Befund ☐ **C** Diagnose gestellt von: **B oder C**
 exakte Diagnose ☐ Hausarzt (allein) ☐
 Therapievorschläge ☐ niedergel. FA ☐
 progn. Aussage ☐ Krankenhaus ☐
 sonstige Handlungs-
 vorschge ☐ Grund d. KH-Einweisung: **B**
 Patient/Angehörige ☐ zur Diagnose ☐
 unterrichtet ☐ welche ? ☐
 Krankenhause ? ☐

Kam es im Verlauf der
 Betreuung zu einem **B**
 Gespräch ☐
 Konsili-um ☐
 Zusammenarbeit ☐
 mit einem ☐
 prakt. Arzt ☐
 Facharzt ☐
 Sozialarbeiter ☐
 Priester ? ☐
 Krankenhause ? ☐

Aufklärung des Patienten
 durch den HA: **B**
 Sie haben eine ☐
 schwere Krankheit ☐
 unheilb. ☐
 tödliche ☐
 Benutzug d. Wortes Krebs ☐
 Todesursache: **A oder C**

Tauchte von Seiten des Patienten
 das Problem Sterbehilfe auf ? **B**

3. EIGENE UNTERSUCHUNG

3.1 Die Verstorbenen

Die 56 verstorbenen Patienten wurden in drei Gruppen aufgeteilt:

- Gruppe I : Patienten, die im Zusammenhang mit ihrer zum Tode führenden Erkrankung Hausbesuche erforderten
- Gruppe II : Patienten mit Betreuung in der Sprechstunde, die keiner Hausbesuche bedurften
- Gruppe III: Patienten, deren Tod dem Arzt bekannt war, die von einem anderen Arzt (ärztlicher Notdienst, Notarzt, Urlaubsvertreter) in das Krankenhaus eingewiesen worden waren und dort verstarben, oder die den Arzt gewechselt hatten

3.1.1. ALTERS- UND GESCHLECHTSVERTEILUNG

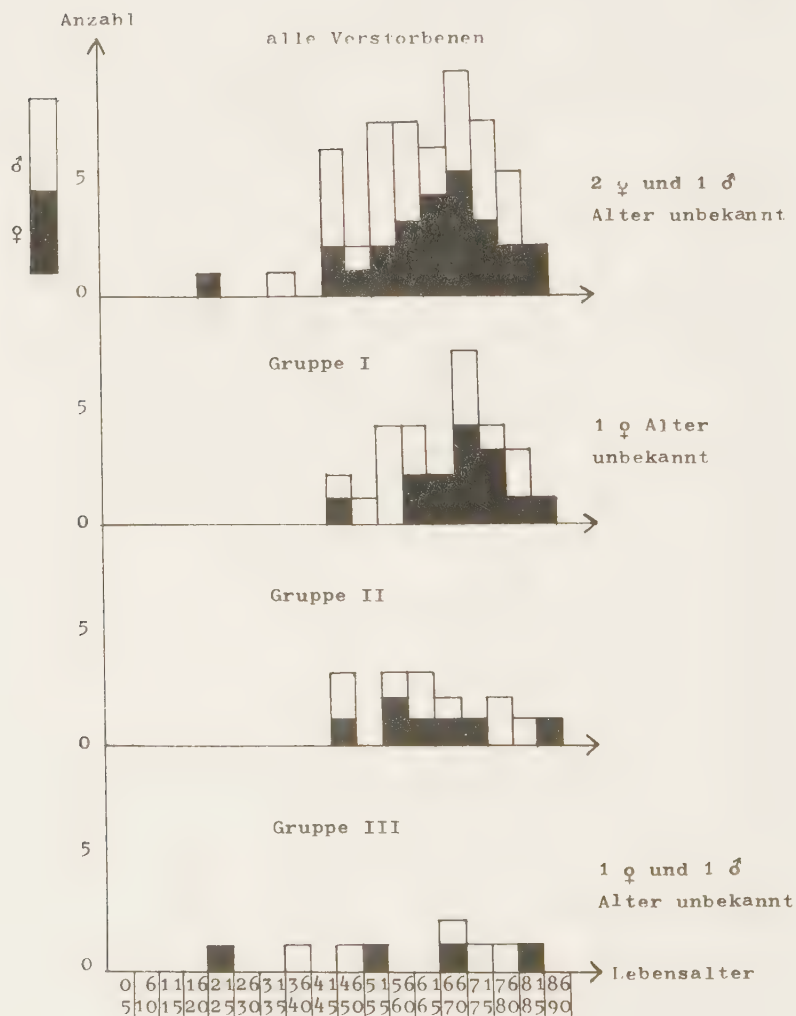


Abbildung 1: Verteilung nach Alter und Geschlecht

3.1.2 ANZAHL, FAMILIENSTAND, TODESORT

Tabelle 1 : Verteilung der Verstorbenen auf die drei Gruppen nach Geschlechtern getrennt, ihr Familienstand und der Todesort

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	insgesamt
♀	15	7	5	27
♂	14	9	6	29
Summe	29	16	11	56
Familienstand:			1x unbekannt	1x unbekannt
ledig	1	0	0	1
verheiratet	17	11	7	35
verwitwet	11	5	3	19
Todesort:				
Krankenhaus	19	10	10	39
zu Hause				
HA dabei	4	2	0	6
nicht dabei	6	4	0	10
sonstiger	0	0	1	1

Zeichenerklärung: HA = Hausarzt

Hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und des Familienstandes besteht zwischen den drei Gruppen kein Unterschied; der Todesort war bei Gruppe III fast immer das Krankenhaus, während in Gruppe I und II etwa ein Drittel zu Hause starb, davon die Hälfte in Gegenwart des Hausarztes.

In der Stadt München starben zum Vergleich im Jahre 1973 12 836 Personen (6446 ♂ und 6390 ♀) davon 9806 (=76,4 %) im Krankenhaus.

3.1.3 TODESURSACHE

Es wurde versucht, als Todesursache das bestimmende Krankheitsbild zu nennen und nicht dessen Folgen,

z.B. Todesursache: Colonkarzinom (bei Tod nach Durchbruch des Colons mit folgender Peritonitis und Sepsis).

Es ergaben sich zwei große Krankheitsgruppen:

A) Bösartige Neubildungen:	Magenkarzinom	9x
	Bronchialkarzinom	5x
	Leberkarzinom	2x
	Mammakarzinom	2x
	Leukämie	2x
	Prostata-, Colon-,	
	Uterus-, Nierenkarzinom	
	je	1x

also insgesamt 24 Fälle, davon Gruppe I: 17

Gruppe II: 4

Gruppe III: 3

B) Kreislaufferkrankungen:	Herzversagen	13x
	(differenziert 3 mal	
	in Links-, 2 mal in Rechts-	
	herzversagen)	
	Herzinfarkt	8x
	Apoplekt. Insult	2x
	Lungenembolie	1x

also insgesamt 24 Fälle, davon Gruppe I: 12

Gruppe II: 9

Gruppe III: 3

Außerdem in Gruppe II je einmal Leberkoma, Intoxikation und Erosion der A. gastrica sinistra.

Bei den restlichen 5 Fällen der Gruppe III ist die Todesursache nicht zu erfassen.

Dies liegt an der Kommunikationsform, denn nur der den Patienten einweisende Arzt erhält vom Krankenhaus einen Brief zugesandt. Das führt bei Einweisungen durch den Notarzt dazu, daß zwar der Notarzt informiert wird, der den Patienten nicht näher kennt, nicht aber der Hausarzt des Patienten. So bleibt dieser auf mündliche Angaben der Verwandten und Nachbarn angewiesen.

3.1.4 ZUSAMMENHÄNGE

Zwischen dem Todesort und a) dem Familienstand,
b) der Todesursache (in die
zwei großen Gruppen unterteilt),
c) dem Alter (geprüft gegen die
Altersklassen -60,61-75,76-90),
d) der Gruppenzuteilung

konnte in diesem Kollektiv wohl wegen der kleinen Zahl im ² - Test keine Abhängigkeit gefunden werden. Signifikant (auf dem 0,05 Niveau) war, daß bei Kranken mit bösartigen Neubildungen mehr Hausbesuche nötig waren als bei Kreislaufkranken.

In der Todesursachenstatistik der Stadt München besteht ein Zusammenhang zwischen den Altersklassen 50-70 bzw. 70 und älter und der Zuordnung Krebs bzw. Kreislauferkrankung (11).

3.2 DIE HAUSÄRZTLICHE BETREUUNG

'Hausärztlich' heißt diese Tätigkeit des Allgemeinarztes, da sie auf der Kenntnis um familiäre, soziale und psychische Voraussetzungen des Patienten ebenso beruht, wie auf dem naturwissenschaftlich objektivierbaren Befund;

diese Tätigkeit übersteigt den Begriff Behandlung, da sie Bereiche einschließt, die den Therapieschemata der Lehrbücher und den Lehrinhalten der medizinischen Ausbildung lange fremd waren und ist somit besser 'Betreuung' zu nennen.

3.2.1 DIE BELASTUNG DES ARZTES

Die Belastung des Arztes durch die Betreuung dieser Patienten wurde nur anhand der Gruppe mit Hausbesuchen (Gruppe I) untersucht.

- Gründe:
1. Die Patienten der Gruppe III wurden ausgeschieden, weil sie im Zusammenhang mit der zum Tode führenden Krankheit nicht betreut wurden;
 2. Die Patienten der Gruppe II blieben hier unberücksichtigt, weil ihre Betreuung nicht über den Rahmen der Sprechstunde hinausging, und die Erfassung der Belastung sehr schwierig wäre;
 3. Die Hausbesuche stellen einen nach Zeitaufwand und Zeitpunkt (manchmal nachts, an Sonn- und Feiertagen) eine besondere und genau meßbare Belastung dar, und sind ein Charakteristikum für die Hausärzte.

Tabelle 2:

Hausbesuchstätigkeit

Zeitraum (in Wochen) der		Summe der	aufgeschlüsselt nach GOÄ bzw. BMA							Hausbesuche pro Woche
Hausbesuchs- tätigkeit	Krankenhaus- aufenthalte	HB	6	7	8	9	10	11		
	115	0	56	47	0	0	1	0	8	0.5
Ca	100	?	6	6	0	0	0	0	0	0.1
	84	0	58	58	0	0	0	0	0	0.7
	78	8	45	43	2	0	0	0	0	0.6
Ca	48	4	43	42	0	0	0	1	0	0.9
Ca ⁺	46	?	9	8	0	1	0	0	0	0.2
Ca	40	17	44	37	2	0	1	0	4	1.1
Ca	40	10	18	18	0	0	0	0	0	0.5
	37	2	4	4	0	0	0	0	0	0.1
Ca	32	11	26	26	0	0	0	0	0	0.8
	26	24	6	6	0	0	0	0	0	0.2
Ca	21	?	15	14	0	1	0	0	0	0.7
Ca	20	1	35	24	9	0	2	0	0	1.8
Ca	19	6	9	8	0	1	0	0	0	0.5
Ca	18	0.3	5	5	0	0	0	0	0	0.3
Ca ⁺	9	9	52	50	0	0	1	0	1	5.8
Ca	6	11	23	21	1	0	0	0	1	3.8
	5	3	5	5	0	0	0	0	0	1.0
	4	1	15	13	0	0	0	0	2	3.8
Ca	4	0	10	9	0	0	0	0	1	2.5
Ca	4	0	10	6	0	0	0	0	4	2.5

21 Fälle
davon 14 mit Karzinom

494 451 14 3 5 1 21 0.7

Fortsetzung der Tabelle 2:

Zeitraum (in Wochen) der			Summe der HB	aufgeschlüsselt nach GOÄ bzw. BMÄ							Hausbesuche pro Woche
Hausbesuchs- tätigkeit	Krankenhaus- aufenthalte			6	7	8	9	10	11		
Übertrag			494	450	14	3	5	1	21	0.7	
Ca ⁺	3	2	6	5	1	0	0	0	0	2.0	
Ca ⁺	2	0.3	11	11	0	0	0	0	0	5.5	
	1	0	11	9	1	0	1	0	0	11.0	
	1	0.3	4	3	0	0	0	0	1	4.0	
Ca ⁺	1	0	3	2	0	0	0	1	0	3.0	
	1	0	3	3	0	0	0	0	0	3.0	
	0.5	0.5	3	2	0	0	0	1	0	6.0	
	0.3	3	2	2	0	0	0	0	0	6.7	
8 Fälle davon 3 mit Ca			43	37	2	0	1	2	1	5.4	
			537	487	16	3	6	3	22	0.7	

Zeichenerklärung: Ca steht als Chiffre für bösartige
Neubildung
+ = fremder Patient (siehe Kap. 3.3.4)
HB = Hausbesuch

Erläuterung der GOÄ bzw. BMÄ-nummern:

Nr. 6 Besuch

7 dringender Besuch

8 Besuch aus der Sprechstunde

9 Besuch zwischen 20^h-22^h und 22^h-6^h

10 Mitternachtsbesuch zwischen 22^h und 6^h

11 Besuch an Sonn- und Feiertagen

Innerhalb von acht Jahren, diesen Zeitraum umfaßt die Untersuchung, erforderten diese Patienten 537 Hausbesuche, davon 22 an Sonn- und Feiertagen, 16 dringende Besuche, 12 Besuche nachts oder aus der Sprechstunde. Ganz im Vordergrund stand demnach der Routinebesuch (487), bei der Hälfte der Patienten über mehrere Monate hinweg. Die durchschnittliche Hausbesuchsfrequenz pro Patient lag bei etwa 0.7 Besuchen pro Woche, es fanden sich jedoch auch Fälle, die nahezu jeden Werktag einen Besuch benötigten.

Trotz der beiden Auswahlkriterien "gestorben" und "Hausbesuche im Zusammenhang mit der zum Tode führenden Krankheit" handelte es sich, wie aus der Tabelle deutlich wird, im Hinblick auf die Dauer und die Intensität der Hausbesuchstätigkeit doch um eine recht heterogene Gruppe. Bei der chronologischen Aufzeichnung der Hausbesuche ließ sich kein abgrenzbares Verteilungsmuster, also z.B. ein langsames Ansteigen der Hausbesuche pro Woche, finden. Ob all dies aus einer zu kleinen Fallzahl folgt, in einer Besonderheit der Praxis liegt, oder auf die Vielzahl der individuellen Krankheitsverläufe selbst bei definiertem Krankheitsbild zurückzuführen ist, bleibt offen.

Anzahl



21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

21

20

19

18

Die Betreuung des chronisch Kranken, des Unheilbaren, gehört zu den täglichen vom Arzt geforderten Aufgaben. Im Untersuchungszeitraum, d.h. seit Bestehen der Praxis, findet sich fast keine Woche ohne einen dieser Patienten, meistens aber mußten vier Patienten gleichzeitig betreut werden. Dabei liegt die Hauptfunktion des Hausbesuchs oft nicht in der Verordnung eines Medikaments, sondern in der 'Droge Arzt' (Balint). Das Gespräch mit einem nicht der Familie Angehörenden, einem Außenstehenden, der dem Patienten das Gefühl vermitteln kann, nicht von der 'Welt' vergessen zu sein, ist von großer Wichtigkeit für den Kranken in der letzten Lebensphase. Diese Hausbesuche beanspruchen deshalb auch weitaus mehr Zeit als der Besuch eines akut Erkrankten und fordern vom Arzt Qualitäten, die eher auf seiner Persönlichkeit denn auf seiner Ausbildung beruhen.

3.2.2 MÖGLICHKEITEN

Die Betreuung zu Hause ermöglicht

- a) dem Patienten: er kann in der ihm vertrauten Umgebung bleiben, d.h. er muß seine Lebensgewohnheiten nicht auf den Rhythmus der Institution Krankenhaus abstimmen; er kann, so weit es ihm möglich ist, am Familienleben teilnehmen.
- b) dem Arzt: er behält die Chance, individuell vorgehen zu können; er kann in dieser Lage außer dem Patienten auch den Angehörigen helfen.

Im Verlauf einer chronischen Krankheit, an deren Ende der Tod steht, gilt es, verschiedene mögliche psychologische Schwierigkeiten zu überwinden, an denen das Vertrauen zwischen Arzt und Patient sowohl scheitern, als auch steigen kann.

Eine Schwierigkeit steht am Beginn der Betreuung, wenn sich der Arzt vor die Frage gestellt sieht wie, wie weit und wann er den Patienten über seine Krankheit und deren mögliche oder sichere Folgen aufklären kann und soll.

Die Antwort der Rechtswissenschaft auf diese Frage ist eindeutig: der Patient muß vom Arzt über Art und Bedeutung der Krankheit unterrichtet werden.

Die Antwort der Theologie, Philosophie und Psychologie sind es nicht in dem Maße. Der Arzt muß zwei Güter gegeneinander abwägen: auf der einen Seite hat der Patient, als mündiger Mensch, das Recht auf volle Information; auf der anderen Seite darf der Arzt nicht schaden, und die volle Wahrheit kann manchmal mit der Hoffnung auch den Lebenswillen zerstören. Mit dem Ausschlag wird aber die Persönlichkeit des Arztes, seine Einstellung zum Leben und zum Tod, geben. Zu hoffen bleibt, daß jeder Patient den für ihn richtigen Arzt findet, was ja auch ein Sinn der freien Arztwahl ist.

Durch eine geschlossene Frage mit 'Reizwörtern' wie 'unheilbar, tödlich, Krebs' wurde versucht, einen Eindruck von der Aufklärung der Patienten durch den Arzt zu gewinnen.

Tabelle 3:

Aufklärung der Patienten

	Gruppe I		Gruppe II		insgesamt	
	Ca	andere Kr.	Ca	andere Kr.	Ca	andere Kr.
schwere Kr.	4	5	0	3	4	8
unheilbare Kr.	7	0	0	0	7	0
tödliche Kr.	0	0	0	0	0	0
Krebs	5	0	2	0	7	0
keine Aufklärung	1	4	3	0	3	4
Frage entstand nicht	0	3	1	8	1	11
	17	12	5	11	22	23

Zeichenerklärung: Ca = bösartige Neubildung
Kr. = Krankheit

In dieser Tabelle scheinen 5 Fälle mit Karzinom in Gruppe II auf, bei den Todesursachen nur 4, da in einem Fall ein Herzinfarkt bei Mammakarzinom zum Tode führte.

Auch wird deutlich, daß die Aufklärung über seine Krankheit ein Problem des Krebskranken ist und, daß ein Gespräch über Art und Bedeutung der Krankheit bei Patienten mit Hausbesuchen (Gruppe I) häufiger ist, als bei Patienten mit Betreuung in der Sprechstunde (Gruppe II). Der Ausdruck 'unheilbare Krankheit' scheint ein ertragbares Synonym zu sein für die Bezeichnung 'Krebs', die mit zuviel Emotion gefüllt ist. Das Wort 'tödlich', in dem die Konsequenz der Krankheit zu Tage tritt wird vermieden. SCHRÖMBGENS spricht von einer "Tabuierung des Todes in unserer Gesellschaft". (2)

Eine andere Schwierigkeit entsteht gegen Ende des Krankheitsverlaufs, wenn sich der Arzt seine Ohnmacht vor dem Tod eingestehen muß, und nun nicht mehr Heilung zum, sondern vom Leben gefordert wird. (1)

Das Problem einer von Seiten des Arztes aktiven Sterbehilfe trat zweimal auf (nur in der Gruppe mit Hausbesuchen) und ging in einem Fall bis zum Angebot einiger tausend Mark. Zum Problem Sterbehilfe eine Äußerung von juristischer Seite: "Der Arzt ist in solchen existentiellen Grenzsituationen letzten Endes allein mit seinem Gewissen. Vom Juristen kann man hierfür nicht eine allenthalben eindeutige vorherige Normierung, sondern weitgehend nur ein nachträgliches Verständnis erwarten". (10)

3.2.3 GRENZEN

Neben der in diesen Fällen so wichtigen psychischen Therapie steht die naturwissenschaftlich-medizinische, die hier meist symptomatisch bleiben muß. Die Grenzen der hausärztlichen Betreuung dieser Patienten liegen in den spezifischen Möglichkeiten des modernen Krankenhauses.

Die ständige Bereitschaft der Ärzte, die Pflege durch geschultes Personal, verbunden mit technischen Einrichtungen (z.B. Dekubitusmatratze, Lagerung durch Hebevorrichtung), die weiterreichende Therapie (Operation, Schmerzbekämpfung unter Überwachung der Atemfunktion, parenterale Ernährung usw.) werden in bestimmten Situationen des Krankheitsgeschehens dem Patienten besser gerecht.

Der Hausarzt ist in der Lage, eine Pleura- oder Aszitespunktion im Hause des Patienten vorzunehmen, wie dreimal im untersuchten Krankengut geschehen, oder mit Improvisationsgabe einen Besenstiel zum Infusionsständer zu verwandeln. Er kann eine individuell ausgerichtete, abgestufte Schmerzbekämpfung betreiben und die Angehörigen in Belangen der Pflege anleiten. Er kann jedoch nicht zu jeder Zeit und mit der Schnelligkeit des Arztes im Krankenhaus zur Stelle sein; er kann nicht mit den Therapiemöglichkeiten des Krankenhauses konkurrieren. Untersucht man, warum die häusliche Pflege bei den 29 im Krankenhaus gestorbenen Fällen der Gruppen I und II nicht möglich war, so ergibt sich folgendes:

Tabelle 4:

Hindernisse der häuslichen Pflege

	Gruppe I	Gruppe II	insgesamt
Wohnverhältnisse	0	0	0
familiäre Situation	4	0	4
med. Indikation	14	10	24
eigener Wunsch	1	0	1
	19	10	29

Nachstehend eine Differenzierung der 19 Fälle von Gruppe I aufgeteilt nach Todesursachengruppen.

Todesursache: Neoplasma Kreislauferkrankung

Einweisungsgründe:

- | | |
|---|---|
| 1. Konnte weder feste noch flüssige Nahrung zu sich nehmen; | 1. flüchtiger apoplekt. Insult; |
| 2. akutes Abdomen; | 2. kardiogener Schock; |
| 3. Patient allein- stehend; | 3., 4., 5. zunehmende Dekompensation bei chron. Herzinsuffizienz; |
| 4. Schmerzbekämpfung; | 6. Ehefrau 70 Jahre alt - Pflege; |
| 5. Hämorrhagie; | 7. berufstätiger Mann; |
| 6. Operation ? ; | 8., 9. Operation ? ; |
| 7. berufstätige Ehefrau; | 10. nicht beherrschbare Harnwegsinfektion; |
| 8. von der Klinik- ambulanzen eingewiesen; | |
| 9. auf eigenen Wunsch; in Klinik Dr. Issels; | |

Der häufigste Einweisungsgrund ist der einer med. Indikation. Der Differenzierung der 19 Fälle von Gruppe I entnimmt man, was sich hinter diesem Terminus verbirgt: die Indikation liegt in den weiterreichenden personellen und apparativen Möglichkeiten des Krankenhauses. Nicht zu vernachlässigen sind die vier Fälle, in denen die familiäre Situation zur Einweisung führte. Durch den Wandel der Familienstruktur von der Groß- zur Kernfamilie in unserer Gesellschaft könnte dieser Punkt an Bedeutung gewinnen.

3.3 KOMMUNIKATION DES HAUSARZTES MIT ANDEREN

Die Tätigkeit des niedergelassenen praktischen Arztes stellt einen Teilbereich innerhalb des Gesamtsystems Gesundheitsfürsorge dar. Für die Funktion des Gesundheitswesens ist ein bedeutsamer Faktor die Kommunikation zwischen den personell und strukturell unterschiedenen Teilbereichen, die an der Diagnostik und Therapie eines Patienten nach ihren spezifischen Möglichkeiten beteiligt werden sollen.

3.3.1 BEHANDLUNGSPARTNER

Bei den 45 Fällen der Gruppen I und II kam es innerhalb des Betreuungszeitraumes zu einer Zusammenarbeit

- mit einem Krankenhaus in 30 Fällen,
- mit einem niedergelassenen Facharzt in einem Fall,
- mit einem Sozialarbeiter oder Priester
- in keinem der Fälle.

Das Krankenhaus ist bei dieser Patientengruppe demnach der wichtigste Partner für den Hausarzt.

3.3.2 FORMEN DER ZUSAMMENARBEIT

Um zu erkennen, worin die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinarzt in der Praxis und Krankenhaus bestand, wurden zwei Fragen gestellt:

- a) Von wem wurde die für den Patienten entscheidende Diagnose gestellt?
- b) Erfolgte die Krankenhauseinweisung zur Diagnostik oder zur Therapie?

Tabelle 5:

Diagnosestellung in Gruppe I und II

	Gruppe I	Gruppe II	insgesamt
Diagnose			
bereits bekannt	5	0	5
gestellt			
vom Hausarzt	16	10	26
im Krankenhaus	8	6	14

Tabelle 6:

Einweisungen in das Krankenhaus in Gruppe I und II

Einweisungsgründe	Gruppe I	Gruppe II	insgesamt
zur Diagnose	3	3	6
zur Therapie	22	8	30
davon Pflege	6	0	6
eigener Wunsch	1	0	1
nicht bekannt	1	0	1
	27 bei	11 bei	38 bei
	21 Patienten	11 Patienten	32 Patienten

Untersucht wurden nur Einweisungen im direkten Zusammenhang mit der zum Tode führenden Erkrankung. Ein Unterschied zwischen Gruppe I und II ist nicht zu erkennen.

Die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus umfaßte sowohl Diagnostik als auch Therapie. Der Hausarzt benützte 6 mal die weiterführenden diagnostischen Möglichkeiten des Krankenhauses, 30 mal standen therapeutische Probleme im Vordergrund, davon 6 mal pflegerische.

3.3.3 DIE KOMMUNIKATION

Als Maß der Kommunikation zwischen Arzt im Krankenhaus und Arzt in der Praxis wurde der Arztbrief angesehen (untersucht wurde nur der Informationsfluß vom Krankenhaus zum Hausarzt).

In 32 der 38 Einweisungen wurde vom Krankenhaus ein Arztbrief geschrieben; in 6 Fällen erfuhr der Hausarzt nichts über den Krankenhausaufenthalt seines Patienten.

Tabelle 7 :

Zeitspanne in Werktagen (Montag mit Freitag)
zwischen Datum der Krankenhausesentlassung und
Datum des Diktats des Arztbriefs

<u>Zeitspanne</u>	<u>Gruppe I</u>	<u>Gruppe II</u>	<u>insgesamt</u>
0 - 5	9	3	12
6 - 10	4	0	4
11 - 15	3	1	4
16 - 20	3	3	6
21 - 30	0	1	1
31 - 40	2	0	2
41 - 50	2	0	2
51 - 60	0	0	0
61 - 70	1 aber teleph. Kontakt	0	1
	24 Briefe bei 18 Patienten	8	32 Briefe bei 26 Patienten

Insgesamt starben 29 Patienten der Gruppen I und II im Krankenhaus: in 21 Fällen erfolgte die Mitteilung durch einen Arztbrief,
in 2 Fällen durch telephonischen Kontakt,
in 6 Fällen unterblieb die Benachrichtigung des Hausarztes.

Sieht man eine Zeitspanne von 10 Werktagen zwischen Krankenhausentlassung und Diktat des Arztbriefes als obere Grenze an, so lag die Hälfte der 32 Briefe zum Teil weit jenseits dieser Zeitmarke.

In 5 Fällen wurde eine lebensbedrohende Krankheit (Karzinom) im Krankenhaus diagnostiziert, und der Patient dann in die hausärztliche Betreuung zurücküberwiesen. In diesen Fällen wäre es für den Hausarzt wichtig

- a) so schnell wie möglich die Diagnose mitgeteilt zu bekommen,
- b) zu wissen, ob und wie weit der Patient bzw. seine Angehörigen informiert sind.

zu a) Zeitdifferenz in Werktagen zwischen Datum Krankenhausentlassung und Datum des Diktats des Arztbriefes

2 x 5 Tage
 2 x 14 Tage !
 1 x 35 Tage !

zu b) In vier Fällen keine diesbezüglichen Angaben,
 einmal genaue Mitteilung über die erfolgte Aufklärung des Patienten.

Tabelle 8:

Inhalt der 32 Arztbriefe

	Gruppe I	Gruppe II	insgesamt
genauer Befund	22	7	29
exakte Diagnose	20	7	27
Therapievorschlag	5	1	6
progn. Aussage	0	0	0
sonst. Handlungs-			
vorschläge	1	0	1
Patient bzw.			
Angehörige informiert	1	0	1

Bei der Fragestellung nach den Therapievorschlgen wurde nicht berücksichtigt, daß viele Arztbriefe die im Krankenhaus verabreichte Medikation erwähnen, was a's indirekter Therapievorschlag zu werten gewesen wäre.

Die Arztbriefe enthalten im allgemeinen den genauen Befund und die Diagnose; der naturwissenschaftlich-medizinische Aspekt des Patienten wird im Einzelnen dargelegt, dem psychischen wird, zumindest im Brief, kaum Beachtung geschenkt.

3.3.4 FREMDE PATIENTEN

Unter den 29 Patienten der Gruppe I befanden sich 5 Patienten, die dem Arzt von anderen niedergelassenen Allgemein- oder Fachärzten überwiesen worden waren.

berweisungsgrnde: 2 x Facharzt macht keine Hausbesuche
2 x Allgemeinarzt macht keine Hausbesuche
1 x Arzt hatte Herzinfarkt

Nach der Reichsversicherungsordnung (RVO) § 368g in Verbindung mit dem Bundesmantelvertrag (BM) § 7 Abs. 6 ist der Kassenarzt verpflichtet, unabhängig von den Praxisräumen und Sprechzeiten die Krankenversorgung sicherzustellen. Demnach besteht für jeden Kassenarzt eine Hausbesuchspflicht. Die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung wäre es, hier mit Nachdruck dafür zu sorgen, daß dies allen Kassenärzten bewußt bliebe.

3.4 KOSTENRECHNUNG IM VERGLEICH

Kosten der Betreuung a) durch intensive Hausbesuchstätigkeit
oder b) Krankenhausaufenthalt gleicher Dauer

Ausgewählt wurden drei Fälle, bei denen auf Grund der Hausbesuchszahl pro Woche die einzige Alternative eine stationäre Betreuung gewesen wäre. Zu Grunde gelegt wurden die 1976 gültigen Sätze nach BMÄ, sowie ein realistischer Durchschnitt der Krankenhaustagesätze zur gleichen Zeit. Bei Tagesätzen zwischen 120.- und 220.- DM wurde zur Berechnung ein Satz von 150.- DM angenommen.

Fall 1 : 60 Jahre alter Mann mit metastasierendem Magenkarzinom
Nach 9 Wochen Krankenhausaufenthalt Rücküberweisung an Facharzt, dieser lehnte Hausbesuche ab und überwies seinerseits an den Allgemein-
arzt, der den Patienten weitere 9 Wochen (54 Tage) bis zu seinem Tod betreute.

A) Kosten der hausärztlichen Betreuung:

	BMÄ Nr.	Anzahl	
Besuch	6	52	x 13.20 DM = 686.40 DM
Besuch zwischen 20 ^h -22 ^h und 6 ^h -8 ^h	9	1	x 22.10 DM = 22.10 DM
Besuch an Sonn- und Feiertagen	11	1	x 22.10 DM = 22.10 DM
eingehende Untersuchung	25	1	x 6.70 DM = 6.70 DM
Injektion s.c., i.c., i.m.,	29	1	x 3.- DM = 3.- DM
Injektion i.v.	30	32	x 4.- DM = 128.- DM
Infusion	45	18	x 7.- DM = 126.- DM

994.30 DM

Auszahlquote 142 % = 1411.91 DM

B) Kosten eines Krankenhausaufenthaltes gleicher Dauer:

Tagessatz: 150.- DM x 54 Tage = 8100.- DM

C) Differenzbetrag: 6688.09 DM

=====

Fall 2: 76 Jahre alte Frau mit chronischer Herzinsuffizienz

Nach 17 Tagen intensiver Hausbesuchstätigkeit
erfolgte wegen zunehmender Dekompensation Ein-
weisung in das Krankenhaus, wo die Patientin
nach 9 Tagen verstarb.

A) Kosten der hausärztlichen Betreuung:

	BMÄ Nr.	Anzahl	
	6	13	x 13.20 DM = 171.60 DM
	11	2	x 22.10 DM = 44.20 DM
	26	1	x 5.- DM = 5.- DM
BKS einschl.			
Blutentnahme	30	13	x 4.- DM = 52.- DM
EKG	103b	1	x 17.40 DM = 17.40 DM
Hb-Bestimmung	4615	1	x 2.80 DM = 2.80 DM
Zählung der Leuko-			
oder Erythrozyten	5142	1	x 3.50 DM = 3.50 DM
Blutzucker-			
bestimmung	4661	1	x 6.60 DM = 6.60 DM
			303.20 DM
Auszahlquote			142 % = 430.54 DM

B) Kosten eines Krankenhausaufenthaltes gleicher Dauer:

Tagessatz: 150.- DM x 17 Tage = 2550.- DM

C) Differenzbetrag: 2119.46 DM

=====

Fall 3: 56 Jahre alter Mann mit Bronchialkarzinom
Nach 11 Wochen Krankenhausaufenthalt Rücküber-
weisung an den Arzt, der Patient verstarb nach
36 Tagen.

A) Kosten der hausärztlichen Tätigkeit:

	BMÄ Nr.	Anzahl	
	6	21 x	13.20 DM = 277.20 DM
dringender Besuch	7	1 x	16.55 DM = 16.55 DM
	11	1 x	22.10 DM = 22.10 DM
	29	2 x	3.- DM = 6.- DM
	45	2 x	7.- DM = 14.- DM
			335.85 DM

Auszahlquote 142 % = 476.91 DM

B) Kosten eines Krankenhausaufenthaltes gleicher Dauer:

Tagessatz: 150.- DM x 36 Tage = 5400.- DM

C) Differenzbetrag: 4923.09 DM

- - - - -

Der Kostenvergleich zeigt deutlich den weitaus höheren Aufwand für diese Patienten im Krankenhaus, das für den akut Erkrankten errichtet ist und nicht für die Pflege chronisch Kranker und Unheilbarer.

Daraus folgt für den niedergelassenen Arzt der Zwang einer engen Indikationsstellung zur Einweisung dieser Patienten in ein Krankenhaus und die Aufgabe, die damit verbundene Belastung zu tragen.

Unsere Gesellschaft aber muß den Tod als Bestandteil des Lebens zu integrieren suchen, will sie nicht Sterbehäuser schaffen, um den Tod 'fern' und trotzdem bezahlbar zu halten.

4. DISKUSSION

In dieser Arbeit wurde ein Teilbereich der allgemeinärztlichen Tätigkeit untersucht:

die hausärztliche Betreuung unheilbarer Patienten in der letzten Phase ihres Lebens.

Das vorgelegte Zahlenmaterial wurde aus nur einer Praxis für Allgemeinmedizin gewonnen. Die erhobenen Daten sind deshalb mitbeeinflusst von

1. der Lage der Praxis,
2. deren Ausstattung,
3. der Persönlichkeit des Arztes, seiner Ausbildung und Ausrichtung,

da die genannten Faktoren das Klientel und damit die Grundgesamtheit der Untersuchung mitprägen.

Weiter ist zu berücksichtigen, daß ein Teil der Daten, wie aus dem Erhebungsbogen hervorgeht, auf das Gedächtnis des Arztes zurückgeht und mit entsprechender Unsicherheit behaftet ist. Das gewonnene Material kann folglich nicht den Anspruch erheben, nach statistischen Kriterien repräsentativ für alle Allgemeinpraxen zu sein.

Das Ziel dieser Arbeit war, eine Stichprobe zu nehmen, um Hinweise auf den bisher nicht in dieser Form untersuchten Teil der allgemeinärztlichen Tätigkeit zu erhalten. Auf dieser Grundlage sind die dargestellten Ergebnisse zu werten und einzuordnen.

Fünf Aspekte der gestellten Aufgabe konnten in dieser Arbeit verdeutlicht werden:

1. Die Belastung durch die hausärztliche Betreuung dieser Patienten für den Allgemeinarzt:

In dem acht Jahre umfassenden Untersuchungszeitraum fand sich fast keine Woche ohne einen dieser Patienten, in der Regel waren vier Patienten gleichzeitig zu versorgen, manche der Patienten über Monate hinweg. Die Betreuung von unheilbaren Patienten gehört demnach zu den ständigen Forderungen an einen Allgemeinarzt.

2. Die Möglichkeiten für den Allgemeinarzt:

Die Vorteile für den Patienten, der in der ihm vertrauten Umgebung bleiben und damit seinen eigenen Lebensrhythmus im Familienkreis bewahren kann, lassen sich nicht statistisch belegen, sie sind in ihrer Bedeutung wohl auch nicht umstritten. Anhaltspunkte über die Art der Betreuung und deren Schwierigkeiten für den Arzt wurden aus der Frage nach der Aufklärung des Patienten über seine Krankheit und dem Problem der Sterbehilfe erhalten.

3. Die Grenzen für den Allgemeinarzt:

Ihre Grenzen findet die hausärztliche Betreuung dieser Patienten in den spezifischen medizinischen, technischen und personellen Möglichkeiten des modernen Krankenhauses. Deutlich wird dies aus den gefundenen Hindernissen der häuslichen Pflege und den Gründen, die den Hausarzt zur Einweisung in ein Krankenhaus zwingen.

4. Die Zusammenarbeit:

Das Krankenhaus erwies sich bei dieser Patientengruppe als der wichtigste Partner des Hausarztes, wobei diagnostische und therapeutische Probleme zur Einweisung führten. Als nicht zufriedenstellend muß die Kommunikation zwischen Krankenhaus und Allgemeinarzt bezeichnet werden; die Arztbriefe wurden oft sehr spät diktiert und ließen die hier besonders wichtige psychische Seite des Patienten unerwähnt.

5. Die Kosten:

Anhand der beispielhaft aufgezeigten Kostenrechnung wird die weitaus kostengünstigere Versorgung dieser Patienten durch einen einsatzbereiten Allgemeinarzt offenkundig.

4. ZUSAMMENFASSUNG

In dieser Arbeit wurde versucht, durch Erhebungen aus einer Praxis einen Einblick in einen abgrenzbaren Teil der Tätigkeit eines Allgemeinarztes zu gewinnen:

der Betreuung von Patienten in der letzten Phase ihres Lebens.

Ergebnisse:

1. Der Überwiegende Teil der Verstorbenen, nämlich 39 von 56, starb im Krankenhaus, von den 16 zu Hause Verstorbenen 6 in Gegenwart des Arztes.
2. Als Todesursache fanden sich 2 große Krankheitsgruppen: bösartige Neubildungen und Kreislauferkrankungen, die in je 24 Fällen zum Tode führten.
3. Eine signifikante Abhängigkeit des Familienstandes, des Alters, der Todesursachengruppen, der Betreuung durch Hausbesuche oder im Sprechzimmer mit dem Todesort ließ sich in diesem Krankengut nicht feststellen.
4. Mit der hausärztlichen Betreuung chronisch Kranker und Unheilbarer war der Arzt im Untersuchungszeitraum täglich konfrontiert. Dazu waren 537 Hausbesuche notwendig, wobei der Routinebesuch (487) ganz im Vordergrund stand.
5. Von den 22 an einer bösartigen Neubildung Erkrankten der Gruppen I und II wurden 3 nicht über ihre Krankheit aufgeklärt, einmal tauchte die Frage nicht auf. Von den übrigen 18 wurde bei 4 auf den neutralen Begriff 'schwere Krankheit' ausgewichen, bei je 7 der Ausdruck 'unheilbar' bzw. die Bezeichnung 'Krebs' verwandt.
6. In 2 Fällen trat das Problem einer vom Patienten geforderten aktiven Sterbehilfe durch den Arzt auf.
7. Die Grenze der hausärztlichen Betreuungsmöglichkeiten lag 4 mal in der familiären Situation des Patienten, 24 mal in einer medizinischen Indikation, während die Wohnverhältnisse keinen Einfluß hatten.

8. Das Krankenhaus war bei der Betreuung dieser Patienten der wichtigste Partner des Allgemeinarztes. Von den 38 Einweisungen erfolgten 30 zur Therapie, (davon 6 zur Pflege), 6 zur Abklärung einer Diagnose, und eine auf Wunsch des Patienten (auch Einweisungsgrund ist unbekannt).
9. Die Kommunikation zwischen Arzt im Krankenhaus und Arzt in der Praxis könnte besser sein. Bei 38 Einweisungen erhielt der Allgemeinarzt 32 Arztbriefe, die Hälfte nach mehr als 10 Werktagen. In 6 Fällen erfolgte keine Benachrichtigung des Arztes.
10. Der Arztbrief enthält die naturwissenschaftlich-medizinisch erfaßbaren Daten des Patienten, die psychische Situation (z.B. erfolgte Information des Patienten über seine Krankheit) wird übergangen.
11. Im Vergleich der Kosten für die Betreuung solcher Patienten durch intensive Hausbesuchstätigkeit oder eines Krankenhausaufenthaltes gleicher Dauer zeigte sich an 3 Fällen, daß die Betreuung dieser Patienten im Krankenhaus wesentlich kostenintensiver gewesen wäre.

5. LITERATURVERZEICHNIS

1. Schrömbgens, H.H.: Therapie des Unheilbaren und Sterbenden
Der praktische Arzt 19 (1974)
2. Schrömbgens, H.H.: Der Unheilbare und der Sterbende in der Allgemeinpraxis
medizin heute 23 (1972)
3. Schrömbgens, H.H.: Der unheilbare und sterbende Patient
Ärzteblatt Baden-Württemberg 2 (1975)
4. Schrömbgens, H.H.: Gibt es Regeln in der Sterbehilfe?
epd Dokumentation 10 (1975)
5. Mattern, H.: Psychologische Probleme bei der Behandlung Krebskranker in der Allgemeinpraxis
Deutsches Ärzteblatt 5 (1974)
6. Witzel, L.: Der Sterbende als Patient
Med. Klinik 68 (1973)
7. Füsgen, J.: Sterbeklinik
Ärztliche Praxis 31 (1976)
8. Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden
Kreuz Verlag Stuttgart (1969)
9. Brandelmeier, P.: Hausärztliche Versorgung
Springer Verlag (1974)
10. Schwalm, G.: Juristische Aspekte der Sterbehilfe
Tuberkulose heute
Hrsg. bayrische Landesärztekammer
München (1975)
11. sine nomine: Statistisches Handbuch der Landeshauptstadt München (1974)
12. Schaefer, H.
Blohmke, M.: Sozialmedizin
Georg Thieme Verlag Stuttgart (1972)
13. Lüth, P.: Medizin als Natur- und Sozialwissenschaft (1974)

Für die freundliche Unterstützung möchte ich
Herr PD Dr. H. Pillau danken.

Für die Überlassung der Dissertation bin ich
Herrn Prof. Dr. N. Zöllner zu Dank verpflichtet.

L e b e n s l a u f

Am 8.7.1952	wurde ich als Sohn des Bauingenieurs Andreas Schoder und seiner Frau Hannelore in Rain am Lech geboren.
1958 - 62	Grundschule in Bad Tölz
1962 - 72	Gymnasium Bad Tölz
WS 1972/73	Physikstudium an der LMU München
SS 1973	Zulassung zum Medizinstudium an der LMU München
SS 1974	ärztliche Vorprüfung
4.1.1975	Heirat mit Fräulein Irmengard Maria Türk
SS 1975	erster Teil der ärztlichen Prüfung
WS 1977/78	zweiter Teil der ärztlichen Prüfung
25.2.1979	Geburt des Sohnes Korbinian
Mai 1979	Abschluß des Medizinstudiums mit dem dritten Teil der ärztlichen Prüfung.

